

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Reinberg, juge assesseur
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne

et

J._____ **SA**, à [...], intimée

Art. 6 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, travaille en qualité d'accueillante en milieu familial auprès du réseau d'accueil [...] à raison de quarante heures par semaine. A ce titre, elle est assurée en assurance accident obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de J._____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

Le 14 juin 2012, l'assurée s'est blessée au genou et au quadriceps lors d'un accident de parapente, ce dernier ne s'étant pas bien ouvert au décollage. Le sinistre a été annoncé par l'employeur de l'assurée le 21 juin 2012 au moyen d'un formulaire de déclaration d'accident bagatelle, les parties du corps touchées étant le genou et le quadriceps, le type de lésion étant une déchirure et un hématome.

Dans un rapport d'imagerie par radiographie du 21 juin 2012, réalisé sept jours après l'accident, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a indiqué ce qui suit :

"(...) **Bassin :**

- Pas de fracture. Pas de troubles dégénératifs significatifs des articulations coxo-fémorales ou des articulations sacro-iliaques. Symphyse pubienne de morphologie normale. Pas de lésion osseuse focale.

Fémurs :

- Pas de fracture. Structures osseuses de morphologie normale.

Genoux :

- Pas de fracture, à signaler uniquement une image linéaire corticalisée de la métaphyse tibiale distale antérieure semblant correspondre à un résidu d'interligne de croissance plutôt qu'à une lésion traumatique.
- Pas d'anomalie de la structure osseuse. Pas d'épanchement intra-articulaire. Gonarthrose triconipartimentale bilatérale d'importance intermédiaire.

(...)"

Lors d'un entretien téléphonique du 25 juin 2012, l'assurée a déclaré à l'assurance que le diagnostic de déchirure musculaire partielle avait été posé, mais qu'aucune consultation n'était plus prévue. Elle a

apporté les précisions suivantes s'agissant des circonstances de l'accident : l'accident était survenu à l'école de parapente [...]. Elle était assise sur un moniteur et ils ont chuté ensemble.

L'assureur a pris en charge les frais pharmaceutiques et de consultation en lien avec cet accident.

Le 14 août 2013, le Dr F. _____ a adressé au Prof. R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la Clinique [...], un rapport de radiographie du genou gauche de face et profil face profil, décrivant ce qui suit :

"Troubles dégénératifs tri compartimentaux prédominant à hauteur des compartiments interne et fémoro-patellaire. Ces troubles dégénératifs sont identifiés par des développements ostéophytaires, un pincement des interlignes articulaires et une sclérose sous-chondrale. Structures osseuses sans lésion focale suspecte."

Dans un rapport d'IRM du genou gauche effectuée à la même date, le Dr F. _____ a conclu à la présence d'une gonarthrose tri-compartimentale prédominant à hauteur des compartiments internes et fémoro-patellaires, d'une chondropathie rotulienne de grade IV avec quasi disparition de la surface cartilagineuse du versant postero-latéral et petites lésions sous-chondrales, d'un petit épanchement intra-articulaire et d'un aspect dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne avec possible petite fracture n'atteignant pas les surfaces articulaires supérieure ou inférieure (grade II).

S'agissant du genou droit de la recourante, la Dresse K. _____, spécialiste en radiologie, a constaté ce qui suit dans un rapport d'IRM du 21 novembre 2013 :

"Gonarthrose tricompartmentale et chondropathie prédominant au niveau du compartiment fémoro-patellaire où il existe une presque complète érosion de la couverture cartilagineuse de la rotule ainsi que dans une moindre mesure au niveau de la troch externe, associées à de l'oedème de l'os spongieux sus-jacent. Absence de lésion méniscale ou ligamentaire."

Dans un rapport du 10 décembre 2013, le Prof. R._____ a annoncé à l'assurance une intervention sous la forme de ménisectomie sous arthroscopie et nettoyage articulaire et drainage prévus le 18 décembre 2013 sur les genoux gauche et droit, indiquant les diagnostics de lésion méniscale pour le genou gauche et de lésions cartilageuses importantes pour le genou droit.

Par lettre du 16 décembre 2013 adressée à la Clinique [...], l'assurance a refusé, en l'absence de renseignements suffisants, de couvrir les frais relatifs à cette intervention, requérant une copie des protocoles opératoires.

Le Prof. R._____ lui a transmis ces deux documents, dont il ressort ce qui suit :

"(...) **GENOU GAUCHE :**

- Mise en place de l'arthroscopie.
- Il existe une lésion du ménisque interne qui est à la fois méniscosique et sur le bord libre à la partie antérieure et moyenne que l'on résèque à la pince basket avec régularisation au shaver
- Il existe des lésions cartilagineuses du condyle interne, régularisation au shaver ainsi qu'au niveau du plateau tibial externe mais sans atteindre l'os sous chondral
- Pivot central sain
- Au niveau du ménisque externe, il existe des petites lésions du bord libre à la partie moyenne, que l'on résèque à la pince basket
- Au niveau de l'articulation fémoro-patellaire, il existe une chondropathie rotulienne, régularisation au shaver
- Lavage soigneux
- Ablation de l'arthroscopie
- Mise en place d'un drain de redon articulaire
- FT"

"(...) **GENOU DROIT :**

- Garrot
- Mise en place de l'arthroscopie.
- Il existe une lésion similaire au niveau du ménisque interne à la partie moyenne et antérieure sur un ménisque méniscosique que l'on enlève à la pince basket
- Régularisation de la tranche au shaver
- Il existe également des lésions au niveau cartilagineux et au niveau du condyle interne, que l'on régularise au shaver et au niveau du plateau tibial interne sans atteindre l'os
- En revanche, au niveau de l'articulation fémoro-patellaire, il existe une usure centrale de la rotule qui va jusqu'à l'os sur à peu près 2 cm au moins

- Pas de geste sur la rotule
- Au niveau du compartiment externe, il existe une méniscope externe sans lésion
- Pas de geste
- Cartilage avec une petite chondrite mais sans f lap fémoro-tibial
- Pas de geste
- Lavage soigneux
- Ablation de l'arthroscopie
- Mise en place d'un drain de redon articulaire
- FT"

Le 8 janvier 2014, le Prof. R._____ a complété et transmis à l'assurance un rapport médical initial LAA, dans lequel il constate des lésions biméniscales du genou droit et du ménisque interne du genou gauche, ainsi que des lésions cartilagineuses dues uniquement à l'accident, les premiers soins ayant été donnés le 14 août 2013.

Le 20 janvier 2014, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a donné son avis oral à cette dernière, considérant que les rapports au dossier ne montraient pas de modifications structurelles en relation avec l'accident.

L'assurée a réinterpellé l'assurance par courrier du 6 février 2014, afin qu'elle se détermine sur la prise en charge des suites de cette intervention.

Le 12 février 2014, un employé de l'assurance a entendu l'assurée au domicile de cette dernière, consignait les informations reçues dans un rapport du 13 février 2014. L'assurée a ainsi précisé que, faute d'ouverture du parapente, elle avait été traînée sur plusieurs dizaines de mètres, ses jambes balayant les rochers et que le médecin de garde à la Clinique [...] avait réalisé des radiographies sur un seul genou et l'avait rassurée sur l'absence de fracture et sur le fait qu'elle ne souffrait que de contusions. Le Prof. R._____ s'était par la suite étonné que les investigations n'aient pas été poussées plus loin, étant donné les lésions aux deux ménisques.

Par décision du 11 mars 2014, l'assureur a refusé la prise en charge des soins administrés au mois d'août 2013, au motif qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions des deux genoux avaient été causées par l'accident du 14 juin 2012, vu l'absence de tout traitement dans l'année suivant cet accident et les examens effectués.

L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier recommandé du 17 mars 2014, arguant du fait que certaines lésions sont difficilement détectables par le biais de radiographies.

A la demande de l'assurance, le Dr M. _____ s'est prononcé sur la situation de l'assurée dans un rapport le 7 avril 2014. Il a relevé que les lésions cartilagineuses et méniscales révélées étaient typiques d'une atteinte dégénérative dans un contexte de gonarthrose, ce qu'avait confirmé l'intervention arthroscopique du 18 décembre 2013, les termes utilisés dans le rapport confirmant l'étiologie exclusivement dégénérative des atteintes. Il a exclu (0%) tout lien de causalité entre la gonarthrose tricompartmentale bilatérale qui a nécessité l'arthroscopie du mois de décembre et l'accident du 14 juin 2012.

Par courrier du 1^{er} mai 2014 l'assurée, désormais assistée de l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a transmis à l'assurance un rapport établi le 22 avril 2014 par le Prof. R. _____, qui a rédigé ce qui suit :

"Lors de l'intervention, on a clairement distingué des lésions d'usure type méniscosique, des lésions plus récentes type fracture méniscale, ces dernières ayant été traitées par méniscectomie partielle (la lésion traumatique du ménisque interne était plus visible sur l'IRM à gauche qu'à droite, alors que ces deux lésions étaient en fait similaires dans leur aspect à l'arthroscopie).

En conclusion : les lésions méniscales ayant justifiées (sic) les Interventions du 18 12 2013 étaient bien traumatiques, en relation directe avec l'accident du 14 06 2012 (il est à remarquer également qu'il n'y avait aucune douleur au niveau des genoux avant l'accident et qu'elles ont été constantes après celui-ci)."

Le 6 mai 2014, l'assurance a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition de l'assurée et confirmant sa décision du 11 mars 2014. Elle a relevé que, conformément aux différents documents médicaux garnissant le dossier, le lien de causalité entre les lésions ayant donné suite à l'intervention du 18 décembre 2013 n'était pas vraisemblable et que le dernier avis du Prof. R._____, médecin traitant, du 22 avril 2014 ne permettait pas de remettre en question les avis médicaux des autres médecins ayant examiné le dossier et les rapports d'imagerie rédigés à la suite de l'accident.

B. Par acte de son conseil du 6 juin 2014, L._____ a interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée est contrainte de prendre en charge les suites de l'accident du 14 juin 2012, particulièrement les frais découlant des interventions du 18 décembre 2013. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre de mesures d'instructions, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire permettant de déterminer le lien de causalité entre l'accident du 16 juin 2012 et ses lésions aux deux genoux. Selon elle, l'avis du Prof. R._____ avait une pleine valeur probante en dépit du fait que ce praticien était son médecin traitant, l'intéressé étant spécialisé en chirurgie articulaire et traumatologique du sport et n'ayant évoqué l'absence de douleurs que par surabondance. A l'opposé, le médecin-conseil de l'intimée n'avait pas même examiné la recourante pour donner son appréciation.

Dans un rapport du 12 septembre 2014 adressé à l'intimée, le Dr M._____ a indiqué les raisons qui lui permettaient de s'écarter de l'avis du Prof. R._____ et de conclure au caractère exclusivement dégénératif des lésions constatées, dans les termes suivants :

"(...) Remarques concernant le rapport du Pr R._____ daté du 22.04.2014

Ce rapport suscite plusieurs commentaires

Le Pr R._____ a mentionné que : *"L._____ a été victime d'un accident sévère de PARAPENTE le 14.06.2012 [...]."*

Compte tenu des lésions subies et des suites immédiates et tardives de l'événement, sur le plan médical, on ne peut pas qualifier cet accident de sévère. Plusieurs éléments permettent de l'affirmer.

Tout d'abord, cet événement est survenu au décollage. Lors de la phase d'envol, l'énergie cinétique est de loin bien inférieure à celle que l'on peut atteindre lors de la phase d'atterrissage.

Ensuite, la symptomatologie présentée par L._____ devait être peu importante puisque cette dernière n'a consulté, ni en urgence ni dans les jours qui ont suivis.

En effet, ce n'est qu'à 6 jours de l'événement qu'a eu lieu la première consultation médicale.

Puis, le diagnostic de "déchirure partielle musculaire" a été posé à la suite de cette consultation médicale, ce qui confirme le caractère bénin de l'atteinte.

Et finalement, le traitement a été symptomatique par simple application de glace et, selon le rapport d'entretien téléphonique avec l'assurée du 25.06.2012, il s'est terminé après quelques jours. L'assurée informait la J._____ SA, qu'aucune autre consultation n'était prévue. Cela confirme également que l'atteinte devait être relativement bénigne.

Dans son rapport, le Pr R._____ a aussi écrit : "*Une IRM de chaque genou est pratiquée où sont relevées des lésions méniscales du ménisque interne mais également des lésions type fracture méniscale*".

Le terme de "fracture" utilisé par le Pr R._____, est inapproprié puisqu'il pourrait induire le lecteur en erreur.

En effet, le terme de "*fracture*" laisse sous-entendre qu'il s'agit d'une lésion, le plus souvent osseuse, dont l'étiologie est presque toujours consécutive à un accident.

Les termes de lésions ou de déchirures méniscales auraient été plus adéquats.

A la lecture de ce rapport, on peut également s'étonner que le Pr R._____ ait omis de mentionner le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale bilatérale, alors que ce diagnostic évident est un élément essentiel de ce dossier.

Remarques concernant le rapport médical initial LAA du Pr R._____. daté du 08.01.2014

Ce rapport amène également plusieurs commentaires.

L._____ a consulté le Pr R._____ le 14.08.2013, c'est-à-dire 14 mois après l'événement du 14.06.2012.

A la date de cette première consultation, l'arthrose des deux genoux avait déjà été objectivée par le bilan radiologique initial mais le Pr R. _____ ne l'a pas relevée.

Le Pr R. _____ a retenu le diagnostic de *"lésions biméniscales du genou droit et du ménisque interne du genou gauche et cartilagineuses."*

Ce diagnostic de lésions méniscales et cartilagineuses mérite quelques précisions.

Les lésions méniscales bilatérales décrites chez L. _____ lors de l'arthroscopie bilatérale du 18.12.2013, correspondent typiquement aux lésions de type dégénératif telles qu'elles sont décrites dans la littérature.

La classification anatomique des lésions dégénératives du ménisque comprend 5 stades'

Le stade I Correspond aux altérations du ménisque, sans solution de continuité.
Le ménisque est homogène, aplati, ramolli et dépoli.
Sa surface est régulière mais son bord axial [libre] peut être effrangé ou effiloché,
Il n'y a pas de rupture ni d'instabilité.
Il correspond au terme de ménisquose.

Le stade II Est caractérisé par la présence de dépôt calcique à la surface et en son sein. Il correspond au terme de ménisco-calcinose.

Le stade III Est caractérisé par la présence d'un clivage horizontal du ménisque, en feuillet de livre.

Le stade IV Comprend deux sous-groupes.
Le sous-groupe IVa correspond aux fissures radiales.
Le sous-groupe IVb aux fissures obliques, libérant une languette mobile.

Le stade V Est caractérisé par la présence d'une lésion complexe qui échappe à toute description.
Il se rencontre avec ou sans arthrose.

Les lésions méniscales, décrites lors des arthroscopies du 18.12.2013, correspondent typiquement au stade I de cette classification des lésions dégénératives du ménisque.

En effet, concernant les lésions méniscales du genou G, dans le rapport opératoire du 18.12.2013, le Pr R. _____ a décrit : *"Il existe une lésion du ménisque interne qui est à la fois ménisquose et sur le bord libre [bord axial] à la partie antérieure et moyenne [Au niveau du ménisque externe, il existe des petites lésions du bord libre à la partie moyenne [...]. Au niveau du ménisque externe, il existe des petites lésions du bord libre à la partie moyenne [...]."*

Concernant les lésions méniscales du genou D, il a décrit *"Il existe une lésion similaire au niveau du ménisque interne à la partie moyenne et antérieure sur un ménisque méniscosique [...] Au niveau du compartiment externe, il existe une méniscose externe sans lésion."*

A aucun moment, il n'a décrit d'autre lésion pouvant correspondre à une déchirure méniscale de type traumatique. La description faite par le Pr R._____ correspond typiquement aux lésions dégénératives du ménisque que l'on peut rencontrer au cours de l'arthrose.

A ce propos, il est utile de préciser qu'en présence d'une arthrose du genou, les lésions méniscales dégénératives sont très fréquentes, de l'ordre de 75% des cas si le genou est asymptomatique et, de 90% si le genou est symptomatique.

Dans le compte rendu de l'IRM du genou G du 14.08.2013, le radiologue a décrit la présence d'un : *"Aspect dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne avec possible petite fracture n'atteignant pas les surfaces articulaires supérieure ou inférieure (grade II)."*

La classification IRM comprend 3 stades

Le stade I Correspond à un hyper-signal intra-méniscal sous forme globulaire, n'atteignant pas les bords du ménisque.

Le stade II Correspond à un hyper-signal intra-méniscal linéaire, ne touchant pas les limites du ménisque.

Le stade III Correspond à un hyper-signal atteignant les bords du ménisque, de forme linéaire et correspond à la fissure ouverte.

D'après Stoller et Al, l'évolution des anomalies se fait vers un grade III avec le temps.

Le stade [grade] II décrit par le radiologue, n'atteignant pas les surfaces articulaires, supérieure ou inférieure, est d'étiologie exclusivement dégénérative.

L'origine traumatique des lésions cartilagineuses est rare et celles-ci sont habituellement bien reconnues à l'IRM et lors de l'arthroscopie.

Elles se présentent sous la forme de fracture chondrale pure, linéaire, en étoile avec parfois, clapet ou sous la forme de fracture ostéochondrale, ce qui n'est pas le cas chez L._____.

Dans les rapports opératoires du 18.12.2013, à aucun moment le Pr R._____ n'a décrit ce type de lésion traumatique.

De plus, des lésions cartilagineuses d'étiologie traumatique entraînent une symptomatologie immédiate et bruyante et ceci d'autant plus si elles sont bilatérales. Ceci n'a pas été le cas chez

cette patiente, comme le démontre la chronologie des troubles dans les suites immédiates et plus tardives de son accident.

Les lésions cartilagineuses, présentes à l'imagerie des deux genoux et décrites lors de l'arthroscopie bilatérale, sont typiquement des lésions d'étiologie dégénérative, dans le contexte d'une gonarthrose et, aucun élément objectif ne permet de retenir une étiologie traumatique à ces lésions.

CONCLUSION

La chronologie des troubles et les symptômes modérés présentés par L. _____ dans les suites immédiates et plus tardives de son accident, démontrent qu'il s'agissait de lésions bénignes.

Le bilan initial par imagerie et le bilan complémentaire par imagerie, réalisés 14 et 17 mois plus tard, n'ont pas démontré la présence de lésion structurelle imputable à l'accident.

Par contre, ces bilans ont démontré la présence d'un état antérieur dégénératif évident, sous forme d'une gonarthrose tricompartmentale et, des lésions dégénératives des ménisques et du cartilage des deux côtés.

Ces lésions méniscales et cartilagineuses correspondent à des atteintes dégénératives, telles que les définit la littérature.

Cependant, dans les conclusions de son rapport du 22.04.2014, le Pr R. _____ attribue les lésions méniscales à l'accident du 14.06.2012.

Ceci est en contradiction, non seulement avec ses propres descriptions faites lors des arthroscopies du 18.12.2013, puisque il a décrit des lésions correspondant typiquement à une atteinte dégénérative, mais également avec les lésions objectivées à l'imagerie.

Ces lésions dégénératives méniscales et cartilagineuses bilatérales s'inscrivent dans le cadre d'une gonarthrose tricompartmentale.

Le rapport succinct et non motivé du Pr R. _____, daté du 22.04.2014, n'apporte aucun élément probant susceptible de modifier ma prise de position du 20.01.2014 ni les conclusions de mon appréciation du 07.04.2014."

Répondant au recours le 16 septembre 2014, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 6 mai 2014. Elle a en particulier fait valoir que la position du Prof. R. _____ n'était pas motivée et qu'elle était incomplète, ne mentionnant pas la gonarthrose tricompartmentale et l'arthrose bilatérale. Invoquant l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014, elle a fait valoir que la qualité de

médecin-conseil du Dr M._____ étant sans incidence sur la force probante de ses constatations, de même que le fait qu'il n'avait pas procédé à un examen personnel de la recourante, dans la mesure où il avait eu accès à l'ensemble des éléments du dossier permettant de trancher en connaissance de cause. L'intimée a en outre relevé que l'examen du patient plus d'une année après la période litigieuse ne pouvait apporter aucun élément supplémentaire, raison pour laquelle elle considérait une expertise judiciaire comme inappropriée.

Dans sa réplique du 23 octobre 2014, la recourante a maintenu son avis s'agissant de la valeur probante prépondérante du rapport du Prof. R._____ et a requis la fixation d'une audience d'instruction afin d'entendre ce praticien.

Se déterminant le 27 novembre 2014, l'intimée a détaillé sa procédure de soumission des dossiers au médecin conseil et a relevé qu'une audition du Prof. R._____ ne se justifiait pas, ce dernier pouvant être interpellé par écrit. En cas d'audience, elle a requis que le Dr M._____ soit également entendu.

Le 16.12.2014, la recourante a requis la production des pièces attestant du temps consacré par le Dr M._____ à la rédaction de son avis verbal, ainsi que de sa note d'honoraire détaillée.

Par avis du 16 janvier 2015, le Juge instructeur a rejeté, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, les réquisitions tendant à la mise en œuvre d'une expertise, à l'audition du Prof. R._____ et à la production des pièces justifiant de l'activité du Dr M._____. Les parties ont en outre été informées que, sous réserve d'un délai au 16 février 2015 pour produire un nouveau rapport, l'affaire était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Le recours – qui remplit les conditions légales de forme – a en l'espèce été déposé le 6 juin 2014, soit le trentième jours après le prononcé de la décision du 6 mai 2014, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) La question litigieuse dans le cas d'espèce est celle de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 14 juin 2012 et les lésions méniscales et cartilagineuses des genoux droit et gauche de la recourante, qui ont entraîné une intervention chirurgicale par arthroscopie le 18 décembre 2013. Plus particulièrement, il s'agit de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'assureur-accidents de cette intervention et de ses suites.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et réf. cit.).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et réf. cit.). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

c) En vertu de la délégation de compétence donnée par l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;

h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; ATF 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

d) Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TF 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit

pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 précité consid. 3.2).

4. Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. La recourante a souffert d'une lésion ou fracture méniscale au genou gauche (savoir des lésions entrant dans le champ d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA) et de lésions cartilageuses importantes au genou droit. Le Prof. R._____ et le Dr M._____ divergent quant à la cause de ces lésions, le premier leur attribuant une origine accidentelle et le second une origine exclusivement dégénérative.

La recourante relève à juste titre que l'avis du médecin traitant doit être pris en considération s'il met en doute une autre appréciation médicale. Elle soutient à cet égard que l'appréciation du Prof. R._____ prévaut sur celle du Dr M._____, compte tenu notamment de ses compétences de spécialiste en chirurgie articulaire et traumatologique du sport. On relèvera que le Prof. R._____ et le Dr M._____ sont tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La spécialisation supplémentaire invoquée par la recourante en faveur du Prof. R._____ ne permet pas de retenir que ce dernier disposerait de qualifications plus pointues que le Dr M._____, le titre de spécialiste en médecine du sport n'étant pas reconnu en Suisse. Au contraire, les praticiens disposent d'une spécialisation commune - qui leur

permettait d'apprécier en toute connaissance de cause les questions médicales du cas d'espèce -, qui ne permet pas d'exclure d'emblée l'un ou l'autre avis.

Cela étant, on rappellera que la recourante - par l'intermédiaire de son employeur - a déclaré l'accident du 14 juin 2012 comme un cas de bagatelle. Elle a par la suite informé l'intimée, par appel téléphonique du 25 juin 2012, qu'aucune consultation n'était prévue, sans se plaindre de douleurs ou autre symptômes affectant ses genoux. Ce n'est que le 14 août 2013, soit près de quatorze mois après l'accident, qu'elle a fait l'objet d'examens sur ces deux genoux, à la suite desquels le Prof. R. _____ s'est prononcé une première fois dans un rapport du 10 décembre 2013, confirmant sa position par la suite.

Sur le plan médical, les rapports du Prof. R. _____, qui ne sont au demeurant que succinctement motivés, n'apportent aucun élément justifiant d'un lien de causalité entre l'accident du 14 juin 2012 et les lésions aux genoux de la recourante (rapport du 10 décembre 2013 établi en vue de l'opération; rapport initial LAA du 8 janvier 2014). Ce praticien fait ainsi grand cas de la mention d'une "possible fracture" dans le rapport d'IRM du genou gauche du 14 août 2013 (cf. rapport du 22 avril 2014). Cette dénomination est toutefois peu affirmative, le Prof. R. _____ n'apportant au demeurant aucun élément permettant de rattacher une telle lésion à l'accident du 14 juin 2012. Ce praticien a en outre précisé avoir distingué, au cours de l'intervention, des lésions d'usures et des lésions plus récentes de type fractures méniscales, sans toutefois démontrer l'origine traumatique de ces dernières ni les rattacher à l'accident du 14 juin 2012.

A l'inverse, le Dr M. _____ a expliqué les raisons pour lesquelles la mention d'une "fracture" n'était pas pertinente dans le cas d'espèce. Il a objectivé cette position en indiquant que les déchirures de ce type, même sous forme étendue, se rencontraient couramment dans un contexte dégénératif en raison de la place des ménisques entre les structures osteo-cartilagineuses du tibia et du fémur présentant elles-

mêmes des altérations dégénératives (avis du 7 avril 2014 dernier paragraphe p. 4). Il a confirmé cette appréciation dans le cas d'espèce de manière convaincante, en soulignant l'absence de lésion structurelle et la bilatéralité de l'atteinte, celle-ci étant de surcroît d'aspect similaire sur les deux genoux. Cet avis est corroboré par les constatations du Prof. R._____, tant par les termes utilisés dans son rapport du 22 avril 2014 (avant-dernier paragraphe : lésion méniscosique, usure centrale jusqu'à l'os, chondrite cartilagineuse) que par la description des lésions cartilagineuses (rapport du 7 avril 2014 pp 4 et 5). A l'exception de cette mention d'une "possible" petite fracture (IRM du 14 août 2013), les différents rapports d'imagerie confirment par ailleurs la position du Dr M._____. En effet, le rapport d'imagerie radiographique du 21 juin 2012 évoque une gonarthrose tricompartmentale des deux côtés, qui atteste d'une lésion dégénérative préexistante. Le bref délai séparant cette constatation de l'accident (sept jours) ne permet pas de la rattacher à cet événement. Les rapports ultérieurs des Drs F._____ et K._____ des 14 août et 21 novembre 2013, que ce soit d'IRM ou radiographiques, confirment les troubles dégénératifs aux deux genoux sous forme de gonarthrose tricompartmentale et de chondropathie.

Dans un rapport ultérieur du 12 septembre 2014, dont la recourante a eu connaissance lorsque le dossier complet lui a été transmis par la Cour de céans, le Dr M._____ a précisément détaillé, notamment sur la base de la documentation médicale, les contradictions entre les constatations faites par le Prof. R._____ lors de l'arthroscopie et les conclusions de son rapport du 22 avril 2014.

Lors de l'examen du dossier, le Dr M._____ a pris en considération l'ensemble des documents y figurant y compris les déclarations de la recourante. Certes il n'a pas procédé à un examen clinique de cette dernière ce qui, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. TF 8C_373/2013 précité, invoqué par la recourante) ne suffit pas à écarter son appréciation. Dans la mesure où le dossier sur lequel il a fondé son appréciation était complet, étayé de plusieurs rapports d'imagerie, suffisant pour trancher en connaissance de cause la

question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident au demeurant décrit en détail par la recourante (rapport de visite LAA du 13 février 2014), son avis dispose de la valeur probante nécessaire. A ce stade il convient de relever qu'un examen clinique de la recourante n'aurait vraisemblablement pas permis d'amener d'autres éléments pertinents modifiant cet avis.

Le fait que les rapports écrits du Dr M. _____ aient été établis postérieurement à la décision du 11 mars 2014 ne permet pas plus d'admettre qu'ils ne disposent pas de la force probante nécessaire, ni même que la décision aurait été prise à la légère. En effet, outre le fait que ce médecin a donné son premier avis oralement le 20 janvier 2014, sur la base de l'examen du dossier, on ne saurait reprocher à l'assureur d'avoir rendu sa décision en appréciant les documents garnissant son dossier et en en tirant les conclusions qui lui paraissent devoir être prises. C'est après avoir pris en considération l'opposition de l'assurée que l'intimé a réinterpellé son médecin-conseil pour confirmer sa première appréciation ce qu'il a fait dans son rapport du 7 avril 2014, par ailleurs antérieur à la décision sur opposition attaquée.

On relèvera encore que l'accident du 14 juin 2012 n'a occasionné qu'une seule consultation, qu'il n'a été que faiblement documenté sur le plan médical et que seul un traitement de peu d'importance a été prescrit à la recourante. Quoi qu'en pense cette dernière, ces éléments constituent un indice - certes non décisif lorsqu'il est considéré seul - en faveur d'un accident qui est heureusement resté sans graves conséquences. On remarquera toutefois que la description des faits par la recourante a évolué lorsqu'il est apparu que le cas était litigieux.

Enfin, l'absence de douleur aux genoux antérieurement à l'accident, qui relève du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, ne suffit pas à faire admettre le lien de causalité (cf. *supra* consid. 3/b *in fine*). Au contraire, la recourante n'a fait état d'aucune douleur aux genoux dans l'année qui a suivi l'accident, de sorte que tout lien avec l'accident du

14 juin 2012 doit être exclu, conformément aux constatations du Dr M._____, qui ne sont pas remises en doute par celles du médecin-traitant.

Cela vaut également, s'agissant du genou gauche, à l'aune des conditions de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. *supra* consid. 3/c *in fine*).

Les lésions constatées aux ménisques de la recourante étant ainsi d'origine exclusivement dégénératives, il n'appartient pas à l'intimé de prendre en charge l'intervention du 18 décembre 2013 et ses suites.

6. Il n'a pas été donné suite à la requête de la recourante de faire entendre le Prof. R._____ lors d'une audience d'instruction, une appréciation anticipée des preuves ayant permis de constater que le dossier permettait de statuer en l'état. Cependant, la recourante a disposé d'un délai supplémentaire lui permettant de transmettre au tribunal un éventuel rapport complémentaire du Prof. R._____, possibilité à laquelle elle n'a pas donné suite. Quant à une expertise judiciaire, cette dernière ne se justifiait pas pour les mêmes motifs.

7. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 6 mai 2014 par l'intimée doit être confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante qui succombe. L'octroi de dépens à l'intimée ne se justifie pas non plus en l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4a; TF 9C_907/2013 du 29 août 2014 consid. 8.1), l'intéressée n'ayant au demeurant pas fait appel aux services d'un conseil professionnel (art. 61 let. f LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 6 mai 2014 par J. _____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour L. _____),
- J. _____ SA, Service juridique,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :